LE RÉCUPÉRATION KERNEL

TRAUMATISMES COMPLEXES ET LIAISONS AVEC LES SUBSTANCES.

Quand le problème n'était pas réellement la drogue.

Ce chapitre est destiné à une situation spécifique et courante que le reste du programme de rétablissement aborde, mais ne nomme pas toujours directement : la consommation de substances – en particulier les benzodiazépines, l'alcool et les opioïdes – qui s'avère, après un examen plus approfondi, être une conséquence de traumatismes non résolus de l'enfance. Être victime d'abus sexuels. Être battu par un parent, avec une ceinture, une cuillère en bois ou une main, d'une manière qui dépasse la discipline et relève de l'abus. Être maltraité par un frère ou une sœur aîné(e) – physiquement, sexuellement ou par une cruauté psychologique persistante –, une catégorie qui est réelle et courante et qui est très souvent non reconnue. "abus" commis par un autre enfant plutôt que par un adulte. Grandir dans un foyer où l'humiliation, la terreur ou l'invalidation étaient la norme émotionnelle. Ce chapitre considère toutes ces situations comme ce qu'elles sont : des traumatismes complexes, et il traite de la consommation de substances qui en découle souvent comme étant exactement ce que le Protocole 37 affirme déjà concernant toute substance : un symptôme, et non la maladie elle-même.

⚠ ATTENTION

Ce chapitre aborde les abus infantiles, y compris les abus sexuels, en examinant les mécanismes et les schémas – comment ils sont liés à une consommation de substances ultérieure – sans entrer dans des détails graphiques. Si la lecture de ce document suscite des réactions plus fortes que prévu, sachez que cette réaction est courante et qu'elle ne constitue pas un dysfonctionnement ; c'est le signe qu'un soutien professionnel, et non ce document, serait la prochaine étape appropriée. Si vous êtes en crise actuellement : le numéro 3114 (ligne d'assistance téléphonique et par SMS pour la prévention du suicide et les crises) est disponible 24h/24 et 7j/7. La ligne nationale d'aide aux victimes de violences sexuelles de RAINN est le 1-800-656-4673. Les deux sont confidentiels.

Section 1 — Le principe du diagnostic. Ce chapitre est basé sur les informations suivantes.

Le protocole 37 (Analyse de masquage des substances) expose directement la thèse diagnostique fondamentale du Recovery Kernel : une substance n'est pas simplement une drogue, mais plutôt une solution imparfaite et coûteuse à un

problème réel, et la substance spécifique qu'une personne utilise fournit des informations diagnostiques sur ce problème. La carte de masquage du protocole précise où les benzodiazépines et l'alcool s'inscrivent dans cette perspective.

Classe de substance.	Ce que cela fait.	Ce que cela masque (Protocole 37).
Benzodiazépines.	Calme physiologique induit.	Panique, terreur, incapacité à dormir : un état d'alerte constant. À la base : un axe de réponse au stress dérégulé, une diminution des récepteurs GABA et une hypervigilance induite par un traumatisme qui ne peut être désactivée.
Alcool et dépresseurs.	Engourdissement émotionnel et diminution de la réactivité.	Anxiété, frictions sociales, surcharge sensorielle. En cause : élévation chronique du cortisol et un système nerveux dérégulé.
Opioïdes.	Mise en sourdine sensorielle totale.	Douleur physique et désespoir existentiel. En cause : une blessure structurelle non soignée ou un traumatisme émotionnel profond stocké dans le corps sous forme de douleur chronique.
Cannabis.	Filtrage sélectif du signal.	Hypersensibilité, surcharge sensorielle, incapacité à filtrer les informations. En cause : des ruminations anxieuses qui se répètent sans cesse.
Stimulants : cocaïne, méthamphétamine, amphétamines.	Énergie artificielle — un état de surintensité.	L'épuisement et le sentiment d'inadéquation liés à un niveau de base affaibli. Les causes possibles incluent : fatigue surrénalienne, manque sévère de sommeil ou déficit du niveau de dopamine. Dans les cas liés à des traumatismes, il peut s'agir de l'état chronique d'hypervigilance qui a rendu nécessaire une vigilance constante pour survivre pendant l'enfance.
Kratom.	Mécanisme double : activation stimulante à faible dose, effet analgésique opioïde à forte dose.	Selon le profil de dosage, cela peut masquer soit l'épuisement lié à une hyperfonctionnement chronique (faible dose), soit la douleur physique/émotionnelle que le profil opioïde est censé soulager (forte dose) — consultez le guide Kratom du Recovery Kernel pour obtenir une analyse complète des trois profils d'utilisateurs.
Kétamine.	Dissociation complète : déconnexion du corps, de l'identité et du	Évasion intentionnelle et délibérée de la douleur psychologique, du traumatisme ou d'une réalité qui

Classe de substance.	Ce que cela fait.	Ce que cela masque (Protocole 37).
	temps.	semble insupportable. Le Guide de la kétamine décrit directement ce phénomène : l'état dissociatif a une fonction psychologique spécifique pour de nombreux utilisateurs, et il doit être abordé directement pour que la guérison soit durable. La cause sous-jacente est un traumatisme non résolu, et la personne choisit activement, même inconsciemment, d'échapper plutôt que de vivre cette expérience.
GHB / GBL / 1,4-BD	Sédation profonde, rapide et presque totale via le système GABA-B : un "interrupteur" plus complet que celui offert par l'alcool ou les benzodiazépines.	Pour certains utilisateurs, cela masque une anxiété ou une insomnie ordinaire (voir la section 3 ci-dessous). Pour d'autres, en particulier lorsque des traumatismes et des comportements autodestructeurs coexistent, cette attirance pour le caractère globalement sédatif du GHB peut elle-même être une expression du désir de disparaître complètement plutôt que simplement de se calmer. Il est important de nommer honnêtement cette distinction plutôt que de l'adoucir, car cela modifie ce à quoi la guérison doit s'attaquer.

Si vous avez vécu une enfance chaotique ou effrayante et que vous avez trouvé que les benzodiazépines étaient particulièrement efficaces, presque de manière suspecte, comme si elles vous offraient enfin un moyen de "couper" ce qui n'avait jamais fonctionné auparavant, le Protocole 37 vous indique que ce n'est pas une coïncidence. Il s'agit de votre système nerveux qui reconnaît l'outil unique capable d'atteindre l'alarme spécifique qu'il a déclenchée depuis bien avant que vous ne puissiez nommer ce qui la provoque.

⚠ ATTENTION

Une remarque sur la bière, le vin et les substances qui ne semblent pas poser de problème. Tout ce qui est indiqué dans la carte des masques s'applique tout aussi pleinement aux formes d'alcool qui ne sont jamais remises en question : le verre de vin quotidien, la bière après le travail, la consommation qui reste dans les limites socialement acceptables et qui n'a donc jamais à se justifier. Deux éléments rendent cette catégorie plus difficile à percevoir, mais pas moins réelle. Tout d'abord, l'hérédité : la toxicomanie alcoolique a une composante génétique importante — les schémas familiaux de « tout le monde dans cette famille se détend avec un verre » sont souvent non seulement une habitude apprise. mais une vulnérabilité biologique héréditaire (la même architecture GABRA2 mentionnée tout au long de ce chapitre), ce qui signifie que la fonction de masquage du traumatisme peut être transmise de la même manière que le rituel d'adaptation qui la normalise. Deuxièmement, dissimulation sociale : les

familles minimisent souvent, idéalisent ou ne mentionnent tout simplement jamais la consommation d'alcool d'un parent ou d'un grand-parent – « c'est juste comme ça que papa se détendait », « elle avait besoin de son verre après une journée avec nous » – ce qui peut masquer deux choses à la fois : ce qui s'est passé pendant ces épisodes, et le fait que la consommation d'alcool était un moyen de gérer quelque chose. Une substance n'a pas besoin de ressembler à une crise pour faire exactement ce qu'elle est censée faire. Le protocole 37 décrit ce qui suit. Il ne doit être accessible que de manière fiable.

Section 2 — Ce que recouvre réellement le traumatisme complexe.

Sur le plan clinique, un seul événement traumatisant – un accident de voiture, une agression par un inconnu, une catastrophe naturelle – peut provoquer un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Le SSPT complexe est différent : il résulte d'un traumatisme répété, prolongé et interpersonnel, en particulier lorsqu'il survient pendant l'enfance et est infligé par des personnes dont l'enfant dépend pour sa sécurité. Il ajoute une deuxième couche aux symptômes classiques du SSPT (souvenirs intrusifs, évitement, hypervigilance) : difficulté à réguler les émotions, un sentiment de soi altéré et souvent négatif, et des difficultés durables dans les relations – la confiance envers les autres, le sentiment de sécurité dans l'intimité ou la compréhension même de ce qu'est une relation saine. comme le modèle n'a jamais été conçu de manière sûre.

Catégorie	Ce que cela comprend :	Pourquoi cela est souvent négligé ou minimisé.
Abus sexuel sur mineur (ASM).	Tout contact sexuel ou toute exploitation d'un enfant par une personne plus âgée, qu'il s'agisse d'un membre de la famille, d'un frère ou sœur, ou d'une personne extérieure à la famille.	Fréquemment dissimulé par l'enfant en raison de la confusion, de la peur ou d'une menace explicite, et souvent non divulgué à quiconque, y compris à un thérapeute, pendant des décennies, voire jamais.
Violence conjugale entre frères et sœurs.	Abus physique, sexuel ou psychologique prolongé par un frère ou une sœur plus âgé(e) ou plus puissant(e) — une catégorie qui possède son propre nom dans la littérature sur le traumatisme et qui pose ses propres problèmes de reconnaissance.	Souvent minimisé, y compris par la personne qui l'a vécu, comme étant simplement "des broutilles" ou des conflits enfantins normaux, car cela se produit au sein de la relation entre pairs plutôt que dans la relation avec le soignant. Le système nerveux ne fait pas cette distinction. La peur et le sentiment d'impuissance répétés sont enregistrés

Catégorie	Ce que cela comprend :	Pourquoi cela est souvent négligé ou minimisé.
		comme un traumatisme, quel que soit l'âge du perpetrator.
Violence physique.	Être frappé avec un objet contondant – une ceinture, une cuillère en bois, un câble d'alimentation ou un objet similaire – avec une sévérité, une fréquence ou une intention qui dépasse les limites de la discipline et relève de l'abus ; être frappé à la main d'une manière qui provoque des blessures ou est motivée par la rage plutôt que par la correction.	Largement normalisé dans de nombreuses cultures et générations comme une simple discipline, ce qui peut rendre difficile pour la personne qui l'a subi de le classer comme un abus, même lorsque son système nerveux indique une réponse de menace. La normalisation culturelle ne modifie pas ce que le corps a enregistré.
Abus émotionnel et psychologique.	Humiliation prolongée, dégradation, terreur (utilisation répétée de menaces comme "attends que ton père rentre"), remise en question de la réalité ou des sentiments d'un enfant, ou sentiment que l'amour était conditionné par la réussite ou le silence.	Ne laisse aucune marque physique et est la catégorie la plus difficile à étayer de preuves, ce qui amène souvent la personne qui l'a vécu à douter de sa validité, tout en sachant que le système nerveux y réagit avec la même hypervigilance et la même dysrégulation que les catégories qui laissent des marques.
Abandonnement déguisé en assistance.	Un parent disposant de moyens financiers importants qui confie la garde réelle de son enfant à des tiers – une nounou à temps plein, une succession de baby-sitters, un internat, en remettant une carte de crédit plutôt qu'en offrant de l'attention –, tout en restant largement absent physiquement ou émotionnellement. La suffisance matérielle se substitue à la présence.	Il est peut-être le sujet le plus difficile de cette liste, celui auquel il est difficile pour quiconque, y compris la personne qui l'a vécu, de donner du poids : "vous aviez tout" sert d'argument social qui nie que l'abandon ait eu lieu. Le système d'attachement d'un enfant ne considère pas la présence d'une nounou comme équivalente à celle d'un parent, et ne considère pas une carte de crédit comme équivalente à être vu. Cette catégorie coexiste souvent avec les autres mentionnées ci-dessus : un

Catégorie	Ce que cela comprend :	Pourquoi cela est souvent négligé ou minimisé.
		foyer disposant des ressources nécessaires pour externaliser les soins est également un foyer qui dispose de suffisamment de confidentialité et de statut social pour empêcher que d'autres formes de préjudice ne se produisent. être interrogé par quiconque en dehors de son groupe.

□ ÊTRE ÉCOUTÉ

Si vous avez lu la ligne concernant les violences physiques et pensé : "c'était juste comme ça à l'époque" ou "tout le monde se faisait battre", cette pensée est fréquente, et il est important de l'examiner attentivement plutôt que de l'accepter comme une vérité absolue. Ce qui distingue une discipline d'une violence physique n'est pas déterminé par la normalité perçue à l'époque, ni par les normes de votre famille ou de votre culture. Cela dépend de l'impact réel sur un système nerveux en développement, incapable de se protéger et privé de tout pouvoir de s'échapper. Et si vous Lire la ligne sur l'abandon et penser "ce n'est pas de vrais abus, j'ai eu une belle maison et je n'ai jamais rien manqué" est exactement le type de rejet sur lequel ce schéma repose pour rester invisible. Être matériellement pris en charge et être abandonné ne sont pas des opposés. Ils peuvent l'être, et c'est souvent la même enfance.

Section 3 — L'axe de comorbidité substance-traumatisme.

Les guides de substances du Recovery Kernel documentent chacun le même schéma, mais sous un angle différent. Combinés, ils permettent de comprendre quelle catégorie de traumatisme est la plus souvent associée à une préférence pour une substance donnée — non pas comme une règle stricte, mais comme un modèle suffisamment fiable pour être utile en clinique.

Catégorie de traumatisme.	Souvent masqués par :	Pourquoi ?
CSA / traumatisme sexuel précoce	Comportement sexuel compulsif, opioïdes ou benzodiazépines.	Selon la section 5 du guide CSBD : lorsque l'expérience sexuelle est introduite dans un contexte traumatique au début du développement, l'excitation et la réponse au traumatisme peuvent devenir neurologiquement liées, ce qui entraîne une tentative compulsive de retraiter ce qui n'a

Catégorie de traumatisme.	Souvent masqués par :	Pourquoi ?
		jamais été traité. Les opioïdes et les benzodiazépines soulagent directement la douleur chronique et l'hypervigilance associées.
Abus physique entre frères et sœurs ou par les parents.	Benzodiazépines, alcool ou opioïdes.	L'état de menace chronique qu'un enfant développe face à un danger physique imprévisible dans son propre foyer produit exactement l'"état d'alerte permanent" que le Protocole 37 décrit : une hypervigilance qui n'a jamais appris à se relâcher.
Abus émotionnel / invalidation chronique.	Alcool, cannabis ou stimulants.	L'invalidation chronique produit à la fois l'anxiété et les ruminations pour lesquelles le cannabis est censé apporter un soulagement, ainsi que le sentiment de vide et d'insuffisance ("jamais assez bien") que les stimulants sont censés corriger temporairement.
L'hypervigilance chronique canalisée dans une quête de réussite forcée ou un besoin constant de "rester sur".	Méthamphétamine ou autres stimulants.	Une adaptation courante à une enfance imprévisible ou dangereuse est d'apprendre que la productivité constante, la vigilance ou la réussite étaient les seules formes de sécurité ou de contrôle disponibles. Les stimulants fournissent directement l'"état de surcharge" décrit dans le Protocole 37, et peuvent donner moins l'impression d'être sous l'influence qu'elle permet enfin de répondre à une base que le corps exige depuis l'enfance.
Traumatismes associés à une douleur chronique ou à un sevrage opioïde, ou hyperfonctionnement spécifiquement lié au traumatisme.	Kratom.	Selon les trois profils d'utilisateurs documentés par le Kratom Guide, le mécanisme dual de la kratom signifie qu'elle peut masquer l'un ou l'autre aspect d'une présentation traumatique : le profil stimulant à faible dose pour le même schéma de productivité forcée que celui masqué par la méthamphétamine, ou le profil opioïde à forte dose pour la douleur physique ou l'anesthésie émotionnelle. Parfois, les deux peuvent être présents chez la même personne, à des doses différentes.
Traumatisme : la	Kétamine.	Le guide de la kétamine souligne

Catégorie de traumatisme.	Souvent masqués par :	Pourquoi ?
personne tente activement de s'échapper, moment après moment, plutôt que de gérer la situation en arrière-plan.		que cette caractéristique distingue la substance : l'état dissociatif est souvent recherché délibérément, comme une échappatoire à un souvenir ou à une réalité insupportable spécifique, plutôt qu'en tant que simple soulagement de l'anxiété généralisée. Il s'agit d'un schéma significativement différent des autres lignes de ce tableau, plus proche d'une volonté d'évasion que d'une automédication passive, et la guérison doit aborder directement cette impulsion à s'échapper, et pas seulement la substance elle-même.
Traumatisme associé à des comportements de violence envers soi-même, où l'objectif n'est pas le calme, mais la disparition complète.	GHB / GBL / 1,4-BD	La capacité du GHB à provoquer une sédation presque totale via le GABA-B lui permet de fournir quelque chose de qualitativement différent d'un simple soulagement de l'anxiété : une sortie complète, bien que temporaire, de la réalité. Lorsque cette caractéristique spécifique est présente, il est important de la nommer honnêtement comme se rapprochant davantage d'un schéma d'automutilation qu'd'une stratégie d'adaptation, car les deux nécessitent des réponses différentes et de niveaux d'urgence différents. Consultez les ressources d'urgence au début de ce chapitre et les consignes de sécurité immédiate dans le guide GHB du Recovery Kernel.
Perturbation de l'attachement due à l'une des causes mentionnées ci-dessus.	Toute substance, ainsi que des schémas comportementaux (sexualité compulsive, travail excessif, évasion numérique).	Selon le guide CSBD : l'attachement insécure produit ses propres schémas comportementaux indépendants de la substance — l'attachement anxieux entraînant une recherche compulsive de connexion, l'attachement évitant entraînant une intimité simulée sans réelle vulnérabilité. Ce mécanisme persiste quel que soit le comportement ou la substance spécifique auquel il est associé.

Ce tableau est un outil de diagnostic, et non un verdict. Tout le monde ne consomme pas de benzodiazépines en raison d'un traumatisme, et tout le monde qui a vécu un traumatisme ne développe pas une trouble lié à l'usage de substances. Mais lorsque les deux sont présents ensemble — et ils sont souvent présents ensemble —, traiter uniquement la substance tout en laissant le traumatisme non traité produit un résultat prévisible et bien documenté : la drogue est retirée, et l'alarme qu'elle étouffait devient plus forte, et non moins forte.

Section 4 — L'automutilation via les réseaux sociaux : le masque numérique.

Il existe une forme d'automutilation qui est rarement mentionnée en même temps que les substances, car elle ne ressemble pas à de l'abus de l'extérieur : elle ressemble à une habitude que tout le monde a. L'utilisation compulsive des réseaux sociaux appartient à ce chapitre pour la même raison que les benzodiazépines et l'alcool : ce n'est pas un problème distinct qui se trouve à côté du traumatisme. C'est souvent le déguisement le plus récent du traumatisme.

Ce que la bibliothèque documente déjà : * **[Liste des documents existants]** * **[Autres informations pertinentes]**	**Comment cela s'applique ici.**
Centurian Paper 14 (Détox numérique / Architecture de la co-addiction) : les plateformes de médias sociaux sont conçues pour exploiter les mêmes voies de récompense dopaminergiques que les substances, en utilisant un renforcement variable, le même schéma qui rend les machines à sous addictives, et cela est appliqué délibérément au fil d'actualité.	Le système nerveux ne fait pas la distinction entre le mode d'administration. Un système d'alarme hypervigilant, façonné par les traumatismes, qui cherchait autrefois une substance pour se calmer, cherchera avec la même urgence un téléphone, et ressentira le même cycle de soulagement suivi du retour à l'anxiété.
Protocole 35S.d.6 (Consommation passive) : "La personne qui se retrouve incapable de s'arrêter n'est pas déficiente en volonté. Elle lutte contre une structure spécifiquement conçue pour annuler le désir d'arrêter."	Il est important d'entendre cela directement si la honte est déjà associée à l'acte de faire défiler. Conformément au Protocole 35S.b (Section 5 ci-dessus), il s'agit d'un problème lié à la culpabilité (un schéma comportemental) qui a été mal classé comme un défaut identitaire (une imperfection).
Le piège de l'auto-assistance (document Centurian n° 14) : arrêter une substance tout en consommant six heures par jour de contenu lié à la guérison ou au traumatisme est directement qualifié de « transfert de l'addiction vers un support socialement plus	C'est exactement le mécanisme décrit dans votre question : regarder du contenu sur les traumatismes, la guérison ou la récupération peut donner l'impression de faire des efforts, alors qu'en réalité, c'est une nouvelle façon

Ce que la bibliothèque documente déjà : * [Liste des documents existants] * [Autres informations pertinentes]	Comment cela s'applique ici.
acceptable » – ce qui ne constitue pas une guérison.	d'éviter de s'y confronter. La consommation remplace la confrontation.
La spirale infernale du sevrage (document Centurian 14) : un schéma documenté semaine après semaine, où un système dopaminergique épuisé après l'arrêt de la consommation cherche à compenser par le défilement incessant, et où le problème sous-jacent n'est jamais traité, car il n'y a jamais eu de temps consacré à y remédier, seulement du temps pour consommer davantage.	C'est le mécanisme qui explique pourquoi il n'y a "pas le temps de s'attaquer à la cause profonde". Il ne s'agit généralement pas d'un problème littéral de planification. Les heures existent — elles sont utilisées. Ce qui manque, c'est une réorientation délibérée de ces mêmes heures vers le travail lié au traumatisme décrit dans la section 7, plutôt que vers ce qui sert d'anesthésiant numérique.

□ ÊTRE ÉCOUTÉ

Si l'une de ces affirmations vous décrit, la réaction naturelle pourrait être de ressentir une nouvelle vague de honte : encore une chose à laquelle vous n'avez pas réussi, en plus de tout ce que ce chapitre a déjà mentionné. Cette réaction est précisément ce que le protocole 35S.b est conçu pour corriger. Vous n'étiez pas faible d'avoir trouvé du réconfort dans le mécanisme de distribution spécifiquement conçu par des équipes de spécialistes pour être presque impossible à résister. Vous avez trouvé le même mécanisme de soulagement que votre système nerveux recherchait déjà. Ce n'est pas un défaut de caractère. C'est le système d'alarme qui fait ce qu'il a toujours fait. — trouver ce qui est le plus proche et le plus rapide.

Un auto-examen : le défilement masque-t-il quelque chose ?

Ce n'est pas un score de diagnostic, mais plutôt une série de questions honnêtes auxquelles il faut réfléchir, comme le protocole 37 vous invite à réfléchir à ce qu'une substance faisait réellement pour vous.

- Est-ce que votre téléphone est la première chose à laquelle vous pensez en vous réveillant, avant d'avoir eu l'occasion de remarquer comment vous vous sentez réellement ?
- Le défilement peut-il un jour fonctionner comme le seul moyen fiable de calmer une sensation d'anxiété, d'excitation ou de "nervosité", comme le décrit le protocole 37 concernant les benzodiazépines ?
- Avez-vous utilisé le visionnage de contenus liés aux traumatismes, à la santé mentale ou à la guérison comme un substitut à l'accomplissement réel des actions décrites dans la section 7 : thérapie, traitement, divulgation ?

- Perdez-vous la notion du temps lorsque vous faites défiler votre écran, d'une manière qui ressemble à la dissociation ou au "détachement" décrit ailleurs dans ce chapitre ?
- Existe-t-il une catégorie de contenu spécifique – actualités anxiogènes, contenus d'influenceurs axés sur la comparaison, récits policiers, contenus sur des personnes dont la vie ressemble à ce qui vous est arrivé – à laquelle vous retournez compulsivement, même si cela détériore régulièrement votre humeur par la suite ?
- Avez-vous choisi de faire défiler votre téléphone plutôt que d'appeler quelqu'un, d'assister à une réunion ou d'aller à un rendez-vous chez le thérapeute parce que cela vous a semblé plus facile sur le moment ?
- L'idée d'une véritable pause avec l'application – pas définitivement, juste une semaine – provoque-t-elle de l'anxiété qui semble plus importante que "ce n'est qu'une application" ?

Une poignée de réponses positives ici ne signifie pas que le téléphone est le problème, tout comme cela ne signifiait pas que la benzodiazépine était le problème dans la section 1. Cela signifie que le même principe diagnostique s'applique : il s'agit d'un rapport de symptôme. L'architecture des protocoles 05 (Détox numérique) et 08 (Pare-feu social) du Compendium principal — une "chirurgie environnementale", un accès programmé et limité, en remplaçant plutôt qu'en supprimant simplement — est la boîte à outils pratique pour ce mécanisme. Ce n'est pas un substitut à la section 7. C'est la même relation que celle décrite dans la section 5 ci-dessous entre la stabilisation et le traitement : il faut sortir de la boucle compulsive de défilement. suffisamment pour avoir l'attention nécessaire pour effectuer le travail réel qui y est associé.

Section 5 — Pourquoi le travail de rétablissement standard peut ne pas prendre cela en compte, et parfois le traiter de manière incorrecte.

Deux erreurs de synchronisation sont suffisamment courantes pour être nommées directement, car les deux peuvent être évitées grâce à la bonne séquence.

L'erreur.	Pourquoi cela se produit.	La correction.
Commencer le traitement des traumatismes trop tôt.	Dans l'urgence de "déterminer la cause profonde", le travail sur les traumatismes commence parfois avant que la personne n'ait suffisamment de stabilité biologique et relationnelle pour le tolérer : avant que le sevrage ne soit stabilisé, avant qu'une structure de soutien n'existe.	Le propre guide sur les opioïdes du Recovery Kernel indique explicitement ce qui suit : le travail spécifique aux traumatismes ne doit pas commencer tant que la personne n'est pas biologiquement stable et

L'erreur.	Pourquoi cela se produit.	La correction.
		qu'elle ne dispose pas d'un système de soutien. Commencer trop tôt peut déstabiliser la personne et provoquer une rechute. Stabilisation en premier, traitement ensuite — pas jamais, mais pas non plus en premier.
Inventaire moral général appliqué sans prise en compte des traumatismes.	Le travail standard d'inventaire de rétablissement (examiner "ma part" dans les préjudices causés) est réellement précieux pour les préjudices liés à la toxicomanie que la personne a causés. S'il est appliqué sans modification à ce qui a été fait À une personne pendant son enfance, cela peut implicitement demander à un survivant de traumatisme de trouver sa propre culpabilité dans sa propre victimisation.	Un enfant qui a été maltraité, battu ou terrorisé n'a rien fait pour provoquer cela et ne porte aucune "responsabilité" dans ce préjudice spécifique. Tout travail d'inventaire ou de réparation doit clairement séparer les "préjudices que j'ai causés pendant ma dépendance" des "préjudices qui m'ont été infligés étant enfant". Un guide ou un thérapeute formé à la prise en compte du traumatisme devrait être celui qui accompagne le travail sur cette deuxième catégorie, et non un cadre général d'inventaire conçu pour la première.

Section 6 — Référence croisée du protocole complet.

Référence.	Ce que cela offre ici.
Protocole 37 — Analyse de masquage de substances.	Le cadre diagnostique fondamental sur lequel tout ce chapitre est basé : le rapport des substances comme symptôme, et non de la maladie elle-même.
Protocole 35S.b — Le poids de la honte.	Directement pertinent pour les survivants de maltraitance, qui portent souvent une honte qui ne leur appartient pas. Il distingue la culpabilité ("J'ai fait quelque chose de mal" - comportement, réparable) de la honte ("Je suis mauvais" - identité, totalisant) et propose la divulgation stratégique et sélective comme mécanisme pour briser la logique d'isolement de la honte : au moins une personne doit

Référence.	Ce que cela offre ici.
	connaître l'histoire dans sa totalité et rester présente.
Protocole 33 — L'Architecte des Frontières.	Pour la situation courante où la personne qui a causé le préjudice – un parent, un frère ou une sœur plus âgé(e) – est toujours présente dans votre vie : Offrez un cadre pour partager un espace de rétablissement sans l'imposer et établissez des limites sans que cela n'entraîne la fin de la relation ni une confrontation forcée avant que vous ne soyez prêt(e).
Protocole 34 — Stabilisation cognitive.	Les pensées intrusives et les flash-back sont considérés comme des artefacts neurologiques d'un système dérégulé, et non comme des événements moraux ou des signes d'instabilité. Ceci est particulièrement pertinent pour la composante de mémoire intrusive du trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC).
Protocole 05 (Détox numérique) et Protocole 08 (Pare-feu social).	La trousse pratique pour le motif de masquage numérique est décrite dans la section 4 : chirurgie environnementale, accès planifié et limité, et remplacement plutôt que simple suppression.
Centurian Paper 14 — La détox numérique / L'architecture de la co-addiction.	La documentation complète de l'architecture des voies de récompense partagées entre les réseaux sociaux et les substances, du piège de l'aide personnelle et de la boucle infernale du sevrage, référencée dans la section 4.
Protocole 35S.d.6 — Consommation passive.	La présentation clinique du défilement compulsif comme une construction architecturale plutôt qu'une simple question de volonté, mentionnée directement dans la section 4.
GABA Braking Systems, Chapitre 10.	Le mécanisme biologique sous-jacent à la relation entre les benzodiazépines et l'hypervigilance, mentionnée dans le Protocole 37, est que l'état des gènes GABRA2 et GABRB3 détermine la quantité d'"inhibition" initiale disponible, ce qui explique en partie pourquoi le même environnement infantile peut entraîner différents degrés de vulnérabilité aux substances chez différentes personnes.
Protocole 16 / C-25 — La spirale de l'isolement.	Le traumatisme, et la honte qui l'accompagne souvent, conduit à un repli sur soi, coupant ainsi le lien essentiel dont dépend la guérison. Cela est pertinent tant pour les antécédents de maltraitance que pour le processus de rétablissement lié à la toxicomanie.
Protocole 20, Protocole 21, C-28 — Architecture d'identité.	Pour reconstruire son identité en tant que personne dont l'histoire comprend à la fois des abus et une addiction qui y était liée, sans que l'un ou l'autre ne devienne toute l'histoire — "l'addiction est un dossier parmi d'autres, pas le répertoire racine".
Recovery Kernel CSBD Guide, Section 5.	Si un comportement sexuel compulsif est présent en plus ou à la place de l'usage de substances, et que cette comorbidité est bien documentée, notamment dans le cas des victimes d'abus sexuels infantiles (CSA), cette section explique en détail le mécanisme qui relie le traumatisme au

Référence.	Ce que cela offre ici.
	comportement.
Recovery Kernel, Guide sur le kratom, section 1.3.	Les trois profils d'utilisateurs de kratom documentés (substitution aux opioïdes, gestion de la douleur chronique, énergie/concentration) mentionnés dans les sections 1 et 3 ci-dessus sont utiles pour identifier quel aspect du mécanisme d'action double du kratom est responsable de l'effet observé.
Guide de récupération pour les consommateurs de méthamphétamine/stimulants.	Pour le schéma de surperformance forcée et d'hypervigilance chronique décrit dans la section 3 ci-dessus, l'architecture de rétablissement du guide aborde directement le niveau basal de dopamine, ainsi que le travail sur les traumatismes mentionné dans ce chapitre.
Guide sur le kétamine Recovery Kernel, section 6 (Architecture de l'ancrage).	Pour le schéma de dissociation intentionnelle utilisé comme moyen d'évasion, mentionné dans les sections 1 et 3 ci-dessus — le guide utilise ses propres termes pour désigner la kétamine comme un moyen d'"échapper à une douleur psychologique, à un traumatisme ou à une réalité qui semble insupportable", et son architecture est spécifiquement conçue dans ce but.
Recovery Kernel GHB Guide, Section 0.	Lisez ceci immédiatement si le schéma du GHB décrit dans les sections 1 et 3 ci-dessus s'applique. Le sevrage de la GHB chez les personnes qui en consomment fréquemment est une urgence médicale documentée, indépendamment des aspects liés aux traumatismes abordés dans ce chapitre. Les consignes de sécurité physique sont prioritaires.

Section 7 — Cela implique également la nécessité d'une psychothérapie.

Tout ce qui est présenté dans ce chapitre, et tout ce qui y fait référence, constitue un cadre de base : une éducation, un outil diagnostique, un contexte biologique et un langage pour décrire un schéma qui n'avait peut-être pas encore de description. Rien de cela ne constitue un traitement du traumatisme. Les traumatismes complexes résultant d'abus infantiles – qu'ils soient sexuels, physiques ou émotionnels – ne peuvent être résolus par une combinaison de suppléments, un protocole de respiration ou un chapitre bien écrit. Ils nécessitent une psychothérapie spécifique au traumatisme, et ce n'est pas une remarque ajoutée à la fin de ce chapitre ; c'est l'étape suivante que tout le reste de ce chapitre a cherché à préparer.

IL FAUT CONSULTER UN THÉRAPEUTE.

Les modalités ayant les preuves les plus solides, spécifiquement pour les traumatismes, et non pour la psychothérapie générale, sont : EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), CPT (Cognitive Processing Therapy), Exposition prolongée, Somatic Experiencing ou Sensorimotor Psychotherapy pour les

traumatismes stockés dans le corps, et IFS (Internal Family Systems) — largement utilisé spécifiquement pour les traumatismes complexes et développementaux en raison de la manière dont il fonctionne avec les différentes « parties » qu'une personne développe pour survivre à une enfance chroniquement insécurisée. Un thérapeute général sans formation spécifique en matière de traumatisme peut convenir pour de nombreuses choses, mais ce travail bénéficie d'une personne ayant des qualifications et une expérience spécifiques dans le traitement des traumatismes. Il est raisonnable et normal de demander à un thérapeute potentiel quelle modalité il utilise pour les traumatismes complexes et dans quelle mesure sa pratique est axée sur le traitement des traumatismes.

L'ordre est important, et il ne s'agit pas d'une tentative d'éviter quelque chose de progresser lentement. Conformément à l'article 5 ci-dessus, la stabilisation — médicale, si une substance est toujours impliquée ; relationnelle, en termes de soutien de base ; et physiologique, en termes de protection que cette bibliothèque offre — se produit généralement avant le travail de traitement des traumatismes les plus profonds, et non à sa place. Un thérapeute formé aux traumatismes évaluera généralement cet ordre directement plutôt que de commencer immédiatement un travail de traitement lors de la première séance.

Quand une thérapie professionnelle n'est pas disponible là où vous vivez.

Tout ce qui précède suppose qu'il est possible d'avoir accès à un thérapeute formé aux traumatismes. Pour beaucoup de personnes qui lisent ceci, ce n'est pas le cas, non pas parce que le besoin n'existe pas, mais en raison de la géographie, du coût ou du pays d'origine où la politique ou le climat religieux rendent la divulgation de traumatismes, y compris la divulgation d'abus par un membre de la famille, véritablement dangereuse à aborder ouvertement. Cet écart est réel et mérite d'être abordé directement plutôt que de laisser les conseils de ce chapitre inaccessibles aux personnes qui pourraient en avoir le plus besoin.

⚠ ATTENTION

La thérapie en ligne et par téléconsultation est de plus en plus disponible au-delà des frontières et peut être un moyen sûr et légitime de consulter un thérapeute formé aux traumatismes lorsqu'aucune option appropriée n'existe localement. Cependant, ce n'est pas automatiquement légal ou sûr partout, et c'est exactement le genre de chose qu'il faut vérifier avant de commencer, et non après. La téléconsultation transfrontalière, la protection de la confidentialité des données, et même l'acte de discuter de certains sujets (abus, conflits familiaux ou contenus qui touchent à des questions politiquement ou religieusement sensibles) peuvent entraîner des risques juridiques réels dans certaines juridictions, indépendamment du déroulement de la thérapie elle-même. Vérifiez directement la légalité locale et tout risque pertinent. par l'intermédiaire d'un avocat local, d'une ressource locale de confiance ou, conformément à la série "Global Legal Realities" du Recovery Kernel, des directives

spécifiques à chaque juridiction lorsqu'elles existent — avant de supposer qu'une plateforme basée dans un autre pays est automatiquement une option sûre.

Lorsque la thérapie professionnelle est réellement inaccessible – financièrement, géographiquement ou parce qu'il n'est pas sûr de la suivre ouvertement –, les livres constituent une forme légitime et puissante de travail personnel, et non un simple pis-aller. On appelle parfois cela la bibliothérapie, et il existe des preuves concrètes de son efficacité, notamment pour le traitement des traumatismes. Cela ne remplacera pas ce qu'un thérapeute spécialisé dans les traumatismes peut offrir, en particulier pour les travaux de traitement les plus profonds, mais cela peut être un moyen authentique de se réapproprier sa vie – de construire le langage, le cadre et le sentiment de ne pas être seul dans cette situation, ce qui est souvent une étape préalable à toute autre démarche. le processus de guérison peut commencer. Les points de départ souvent recommandés pour les traumatismes complexes comprennent "The Body Keeps the Score" de Bessel van der Kolk, "Complex PTSD: From Surviving to Thriving" de Pete Walker et "Adult Children of Emotionally Immature Parents" de Lindsay Gibson. Cependant, la disponibilité, la traduction et même la légalité de titres spécifiques varient d'un pays à l'autre, et il est important de vérifier ces informations localement plutôt que de les supposer.

SANCTUAIRE

Si la thérapie n'est pas accessible pour le moment, cela ne signifie pas que les activités décrites dans ce chapitre sont hors de portée. Cela signifie simplement que le point de départ est différent. Lire un livre seul dans un pays où cette conversation doit rester privée, c'est toujours vous qui faites le travail. Et cela compte.

SANCTUAIRE

Aucun de ce qui vous est arrivé n'était de votre faute, quelle que soit sa forme et peu importe qui l'a causé. La substance, s'il y en avait une, n'a jamais été le véritable problème ; c'était la meilleure réponse possible de votre système nerveux à un problème qui a commencé bien avant l'apparition de la substance. Nommer cela clairement, comme le protocole 37 vous demande de le faire, ne marque pas la fin du travail. C'est le point de départ correct pour un travail qu'un bon thérapeute spécialisé dans les traumatismes peut réellement mener à bien avec vous.

FIN DE CHAPITRE : TRAUMATISME COMPLEXE ET LIAISON AVEC LES SUBSTANCES.

Ressource éducative — Ne remplace pas une psychothérapie spécialisée dans les traumatismes.

Ressources en cas de crise : 3114 (ligne d'assistance téléphonique et par SMS pour la prévention du suicide et les crises) | Ligne d'assistance nationale RAINN pour les agressions sexuelles : 1-800-656-4673 | Envoi d'un message de texte en cas de crise : envoyez HOME au 741741.